

AVVISO INDAGINE DI MERCATO PER L'INDIVIDUAZIONE DI OPERATORI INTERESSATI A PARTECIPARE ALLA SUCCESSIVA PROCEDURA NEGOZIATA AI SENSI DELL'ART. 187 D.LGS. 36/2023, PER L'AFFIDAMENTO IN CONCESSIONE DEL SERVIZIO DI BAR-RISTORO PRESSO LA SEDE AMMINISTRATIVA DELLA ASL 2 GALLURA PER LA DURATA DI N. 5 ANNI (2026-2031).

ISTANZA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
con Codice Fiscale _____
residente in _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ Telefono _____
In qualità di _____

DELL' OPERATORE ECONOMICO

Denominato _____,
Forma di partecipazione _____,
con sede in _____, via _____, n. _____,
CAP _____, Provincia _____,
Codice fiscale _____ partita IVA _____,
Indirizzo PEC _____, Contatti telefonici _____;

in nome e per conto dell'operatore stesso

MANIFESTA

il proprio interesse ad essere invitato alla successiva negoziata procedura in oggetto e a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

✓ di non trovarsi in nessuna delle **cause di esclusione** dalle procedure di appalto previste dagli artt. 94 e 95 del D.lgs. 36/2023 e non sussistono ulteriori **impedimenti** alla partecipazione alla

ALLEGATO A)

procedura né ulteriori divieti a contrarre con la Pubblica Amministrazione previsti dalla vigente normativa in materia;

- ✓ di non trovarsi nella condizione prevista dall'**art. 53 comma 16-ter** del D.lgs. n°165/2001, c.d. "*divieto di pantouflage*";
- ✓ di possedere i **requisiti di idoneità professionale**, di **capacità economico e finanziaria** e di **capacità tecnica e professionale** previsti nell'**avviso**;
- ✓ di avere **iscrizione e abilitazione attiva** alla piattaforma di approvvigionamento digitale **SardegnaCAT** per la categoria merceologica oggetto dell'avviso;
- ✓ di eleggere **domicilio** per il ricevimento delle comunicazioni al seguente indirizzo:
_____;
- ✓ di autorizzare espressamente ASL Gallura ad effettuare le comunicazioni al seguente indirizzo PEC: _____;
- ✓ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ASL Gallura ogni variazione sopravvenuta nel corso della presente procedura circa l'indirizzo o PEC sopra indicati ai quali ricevere le comunicazioni;
- ✓ di essere a conoscenza che la presente richiesta non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo ASL Gallura che sarà libera di seguire anche altre procedure, e che la stessa Amministrazione si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa;
- ✓ di essere a conoscenza che la presente dichiarazione non costituisce prova di possesso dei requisiti generali richiesti per l'affidamento della procedura, che invece dovranno essere dichiarati dall'interessato ed accertati da ASL Gallura nei modi di legge in occasione della procedura di affidamento.

(Luogo e data) _____

Firma Operatore Economico
(sottoscrizione digitale)
